



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JÉSSICA MENDES ROCHA

**ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA
EMERGÊNCIA A PARTIR DO DISCURSO DOS ENFERMEIROS**

FLORIANÓPOLIS

2018

JÉSSICA MENDES ROCHA

**ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA
EMERGÊNCIA A PARTIR DO DISCURSO DOS ENFERMEIROS**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeira.

Orientadora: Prof^ª Dra Sheila Rubia Lindner

FLORIANÓPOLIS

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mendes Rocha, Jessica

Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade em uma
emergência a partir do discurso dos enfermeiros / Jessica
Mendes Rocha ; orientadora, Sheila Rubia Lindner, 2018.
60 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

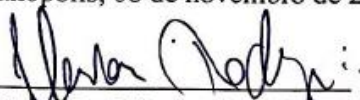
1. Enfermagem. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Saúde
no sistema prisional. 4. Enfermagem. 5. Pessoa privada de
liberdade. I. Lindner, Sheila Rubia . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III.
Título.

JÉSSICA MENDES ROCHA

**ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA
EMERGÊNCIA A PARTIR DO DISCURSO DOS ENFERMEIROS**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 08 de novembro de 2018

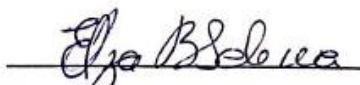


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

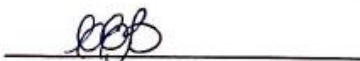
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Sheila Rubia Lindner
Orientadora e Presidente



Prof.ª Dr.ª Elza Berger Salema Coelho
Membro Efetivo



Prof.ª Dr.ª Carolina Carvalho Bolsoni
Membro Efetivo

Dedico este trabalho à minha mãe e minha avó materna, por todos os esforços e sacrifícios feitos para que eu me tornasse hoje a pessoa que sou. Muito obrigada por todo o amor e carinho a mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma batalha é vencida sozinha. No decorrer desta luta algumas pessoas estiveram ao meu lado e percorreram este caminho como verdadeiros soldados, estimulando que eu buscasse a minha vitória e conquistasse meu sonho. Certamente estes parágrafos não irão atender a todas as pessoas que fizeram parte dessa importante fase de minha vida. Portanto, desde já peço desculpas àquelas que não estão presentes entre essas palavras, mas elas podem estar certas que fazem parte do meu pensamento e de minha gratidão.

Agradeço ao meu filho Théo, o qual surgiu no meio do meu percurso acadêmico, e que mesmo com tão pouca idade soube me incentivar através da sua marca registrada: o seu sorriso. Obrigada pela sua paciência com a minha vida agitada, sei que um dia isso tudo fará sentido para você.

Agradeço também à minha mãe e avó, que não só neste momento, mas em toda a minha vida estiveram comigo, mesmo que muitas vezes distante de corpo, fornecendo o apoio, compreensão e estímulo em todos os momentos. Mãe você que me ensinou a ser uma mulher de força e um ser humano íntegro, com caráter, coragem e dignidade para enfrentar a vida. Uma mãe que me deixou livre para seguir minhas escolhas, porém, sempre indicando o caminho correto. Vó, minha segunda mãe que me deu apoio, incentivo e carinho.

Às minhas irmãs, que mesmo passando por tantos problemas nunca me desampararam ou deixaram de me apoiar, obrigado por todos os esforços que fizeram e fazem por mim. Obrigada por, mesmo distantes, me fortalecerem com palavras e energias positivas.

Meus agradecimentos às amigas que a graduação me trouxe e que com certeza levarei por toda a vida: Anadélia, Carine e Caroline. Obrigada pelo ombro amigo, pelos momentos de parceria, correria, choros, risadas, companheirismo, serem babás do Théo e pelo incentivo. Vocês tornaram a caminhada mais divertida e menos solitária.

Agradeço também à família Wilpert que, cada um da sua forma, cuidou de mim durante essa etapa final. Obrigada pela força e carinho, fizeram diferença positiva no meu processo de graduação.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

O meu agradecimento em especial, se dá à minha orientadora professora Dr^a Sheila Lindner, que compartilhou seus conhecimentos comigo durante estes três semestres, me deu suporte, estimulou o meu raciocínio crítico reflexivo, segurou o meu lado canceriano nesta etapa final, e sempre me incentivando, o que foi fundamental, tanto na minha formação quanto na elaboração deste trabalho.

“Se quiser conhecer a situação socioeconômica do país, visite os porões de seus presídios”.

- Nelson Mandela

RESUMO

Introdução: O Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, e com condições sanitárias e de saúde ainda precárias, o que configura importante pauta para a saúde pública. Cabe ao Estado e aos profissionais que atuam com as pessoas privadas de liberdade garantir-lhes o acesso aos seus direitos civis, o exercício de sua cidadania e a preservação da sua dignidade. Pensando nisso, houve a criação das Leis de Execução Penal, após a criação do Sistema Único de Saúde a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, e a fim de melhorar a rede de atenção à essas pessoas, em surgiu 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Por vezes os apenados necessitam de tratamento fora do presídio, e necessitam que os locais de atendimento estejam preparados e cientes dos seus direitos de atendimento à saúde. **Objetivo:** compreender a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade na emergência de um hospital universitário a partir do discurso dos enfermeiros. **Método:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva, realizada no Hospital Universitário do município de Florianópolis. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada e a coleta realizada em agosto de 2018. Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob CAAE 8934417.1.0000.0121 e seguiu as instruções da resolução nº466/2012, mantendo o sigilo recomendado, para garantir o anonimato dos entrevistados utilizou-se as siglas E1, E2, e assim por diante, para identificar as falas dos enfermeiros. A amostra foi composta por 10 enfermeiros, onde destes 9 eram do sexo feminino e 1 do masculino. **Resultados:** Os profissionais referem conhecimento sobre os princípios e diretrizes do atendimento no Serviço Único de Saúde, porém, em sua maioria, desconhecem as políticas públicas voltadas às pessoas de liberdade, o que pode ser um dos fatores que os leva a prestar assistência a esse público de forma diferenciada. Além disso, o medo, receio de fugas, e os pré-julgamentos fazem com que haja conflito ético-moral no momento do cuidado, mesmo que de forma não planejada. **Considerações finais:** Como o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, faz-se necessário investir em mais pesquisas sobre a saúde no âmbito prisional, a implementação desse cuidado nos currículos de enfermagem do país e a destinação de recursos em unidades que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde para a capacitação destes profissionais.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Saúde no sistema prisional. Enfermagem. Pessoa privada de liberdade. Políticas Públicas de Saúde.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Pré-tabela da primeira etapa da análise do conteúdo.....	29
Tabela 2	Pré-tabela 2 da primeira etapa da análise do conteúdo.....	29
Tabela 3	Tabela final com os eixos e categorias elaborados na etapa de análise do conteúdo	30
Tabela 4	Perfil geral da população privada de liberdade em junho de 2016.....	33
Tabela 5	Principais agravos transmissíveis no sistema prisional brasileiro no 1º semestre de 2016.....	36
Gráfico 1	Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil.....	34
Gráfico 2	Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil.....	35
Gráfico 3	Tempo de atuação profissional, especializada e com ênfase em hospital universitário dos profissionais entrevistados.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF – Constituição Federal

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CP – Código Penal

EABP – Equipe de Atenção Básica Prisional

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HCTP - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HU – Hospital Universitário

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

LEP – Lei de Execução Penal

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PPL - Pessoas Privadas de Liberdade

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1. DIREITOS HUMANOS E SAÚDE COMO UM DIREITO	17
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	19
3.2.1 Sistema Único de Saúde	19
3.2.2 Lei de Execuções Penais	20
3.2.3 Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.....	21
3.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	22
4 MÉTODO	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	24
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO (OU POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO)	25
4.4 COLETA DOS DADOS	25
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.6 CUIDADOS ÉTICOS (OU ASPECTOS ÉTICOS)	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 MANUSCRITO	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	55
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	56
ANEXO A – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS.....	58
ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	59

1 INTRODUÇÃO

Assuntos relacionados aos direitos humanos têm sido amplamente discutidos, inclusive no que diz respeito às pessoas privadas de liberdade (PPL). Essas pessoas apesar de não estarem autorizadas, por um determinado período de tempo, a conviver em sociedade, continuam a manter um status mínimo de cidadania, e por isso o acesso à saúde deve ser garantido por lei (SCHMITT, et al, 2014).

Brasil (2005) traz que a função do presídio é proteger a sociedade contra o crime, cabendo ao sistema prisional garantir que quando essa pessoa passa a fazer parte do Sistema ela seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva para a sociedade. Para que isso ocorra é preciso trabalhar para a redução das diferenças entre a vida intramuros e a vida extramuros, no sentido de garantir-lhe o acesso aos direitos civis que lhe cabem, bem como o exercício de sua cidadania.

De acordo com os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de junho de 2014, entre 2004 e 2014 houve um crescimento de 111% da população prisional, que hoje atinge índice superior a 710.000 pessoas, incluindo aquelas em prisão domiciliar. Cabe também ressaltar que esta população está em 3º lugar no ranking de países com maior população prisional, ficando atrás apenas de Estados Unidos (2.228.424 pessoas) e China (1.701.344) (BRASIL, 2014).

Frente a esses números pode-se afirmar que as políticas públicas instituídas no sistema prisional são relevantes e necessárias para, se cumpridas, garantir o princípio constitucional da dignidade humana. As três principais políticas que serão abordadas neste estudo serão: a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A LEP descreve os direitos e deveres das PPL para com o Estado e a sociedade, trazendo normas fundamentais a serem aplicadas durante o período de encarceramento e as responsabilidades do Estado. Ela é considerada atualmente como uma lei bastante avançada por estabelecer normas e direitos sociais, principalmente quanto à ressocialização da pessoa privada de liberdade (SCHMITT, et al, 2014).

Apesar de as garantias por essa Lei serem efetivas no plano jurídico, nem sempre são efetivas dentro do cenário prisional. A Lei, em seu artigo 14, preconiza que "a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico" (BRASIL, 1984, p. 3). Como a execução destes direitos não estava sendo efetiva, surgiu então o segundo marco das políticas sociais de saúde no âmbito

prisional - o PNSSP, de 2003 – onde foi firmada a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário (LERMEN et al, 2015).

Esse Plano foi construído em coerência com a discussão da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, ou seja, com base nos princípios e diretrizes do SUS, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência. Constitui-se, assim, um verdadeiro desafio à garantia da assistência orientada pelos princípios e diretrizes fundamentais da saúde pública nacional a todos os brasileiros que se encontram privados de liberdade (BRASIL, 2005).

Uma outra razão para a criação do PNSSP se deu devido às altas taxas de prevalência de infecção por HIV/AIDS, tuberculose, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e infecto contagiosas no sistema penitenciário nacional, relacionadas às condições de pouca higiene e salubridade encontradas na maioria das unidades prisionais do país (SCHMITT, et al, 2014).

Ainda buscando garantir o acesso dos apenados no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, foi instituída, em 2 de janeiro de 2014, a PNAISP. Essa política visa destacar ainda mais alguns dos princípios e diretrizes do SUS como a integralidade e equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos a que a política se destina (SCHMITT, et al, 2014).

Na cidade onde essa pesquisa foi realizada, muitas das pessoas privadas de liberdade são encaminhadas, quando necessário, para atendimento no Hospital Universitário (HU) local. Este tipo de hospital tem papel de destaque na comunidade em que está inserido pois, além de serem centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, possibilitam o aprimoramento do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias (BRASIL, 2012).

O hospital selecionado, assim como grande parte dos hospitais universitários do país, tem como missão preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social. Cabe a este também princípios como indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, respeito aos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade e resolutividade e respeito e defesa dos direitos do usuário (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2015).

Optou-se pelo serviço de emergência do HU por três motivos: pelo fato de ser um hospital escola referência em atendimento no Estado; por ser um hospital escola que oferece condições estruturais para a formação acadêmica; e por possuir profissionais acolhedores que entendem a nossa posição como aluno e o nosso interesse por determinadas áreas e temas.

A escolha pelo tema surgiu durante os estágios realizados ao longo do meu processo de formação acadêmica no curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde durante alguns semestres presenciei e auxiliei nos atendimentos à essa população específica repetidas vezes. Frente à essa assistência surgiram inquietações e questionamentos, pois muitas vezes o atendimento prestado não é condizente com o preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS e nem pelas PNSSP e PNAISP. Este estudo tem como questionamento: Como se dá a atenção à saúde às pessoas privadas de liberdade na atenção à urgência e emergência em um hospital universitário à partir do discurso dos enfermeiros?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade na emergência de um hospital universitário a partir do discurso dos enfermeiros.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Relacionar o conhecimento dos enfermeiros sobre os direitos à saúde às pessoas privadas de liberdade com a prática assistencial desenvolvida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura, segundo ROTHER (2007, p.1), “utiliza-se de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objeto”. Além disso, o autor ainda afirma que o método escolhido permite descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual.

A escolha pela revisão narrativa se deu por ser a mais adequada para a fundamentação teórica de trabalhos de conclusão de cursos, onde a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. Ela não utiliza critérios explícitos e sistemáticos e não há necessidade de se esgotar as fontes de informações na seleção dos estudos (SAMPAIO, 2014).

3.1. DIREITOS HUMANOS E SAÚDE COMO UM DIREITO

Os direitos humanos são baseados no princípio do respeito pelo indivíduo, que entende que cada pessoa é um ser moral e racional que merece ser tratado com dignidade. Eles são chamados de direitos humanos porque são universais (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2017).

A luta pela garantia dos direitos humanos vem se desenvolvendo desde a Antiguidade e, baseado em achados históricos, teve o seu início com Ciro, o Grande, primeiro rei da antiga Pérsia em 539 a.C. Após conquistar a cidade de Babilônia ele libertou os escravos e declarou que todas as pessoas tinham o direito de escolher sua própria religião e estabeleceram a igualdade racial. Estes e outros decretos foram registrados em um cilindro de argila, conhecido como Cilindro de Ciro, hoje reconhecido como a primeira carta dos direitos humanos do mundo (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2017).

Após isso, a ideia de direitos humanos se espalhou rapidamente para outros países e continentes e hoje há diversos documentos que foram precursores da atual cartilha de direitos humanos, como: a Carta Magna (1215), a Petição de Direito (1628), a Constituição dos EUA (1787), a Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), e a Declaração dos Direitos (1791) (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2017).

A Segunda Guerra Mundial foi um fator importante para a criação dos Direitos Humanos que se têm hoje. Houveram milhões de pessoas mortas, outras milhões sem residência

e em situação de miséria, além de cidades completamente destruídas. Houve então em abril de 1945 um encontro, chamado Conferência das Nações Unidas, entre cinquenta países que se encontraram em São Francisco (EUA) com o objetivo de criar um órgão internacional para promover a paz, prevenir futuras guerras e salvar com princípios as próximas gerações de futuras devastações e conflitos internacionais (UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS, 2017).

Hoje em dia a Declaração é um documento vivo, aceito como um contrato entre um governo e o seu povo, em todo o mundo e tem como ideia central, segundo Unidos Pelos Direitos Humanos (2014, online), que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e que as pessoas não devem sofrer discriminações por causa de raça, sexo, religião, classe social ou outras categorias semelhantes”.

Um dos artigos existentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, encontradas no site do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1948), que serve como base para a criação das políticas voltadas ao público deste estudo é o artigo 25º, que proclama que:

todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Outros dois artigos de grande relevância para este estudo é o artigo 6º, que traz que “todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei” e o artigo 7º, que diz que “todos são iguais perante a lei e têm direito, sem distinção, a igual proteção da lei”.

Apesar da existência desse documento, a permanência de preconceitos profundamente enraizados na sociedade brasileira – em especial o racismo, que eterniza a exclusão social – é discutida permanentemente no âmbito do SUS. Não é possível promover saúde sem a acompanhar de políticas de inclusão social efetiva. A prisão deveria ser um poderoso dispositivo de inclusão social, mas o que ocorre é totalmente o contrário (SCHMITT, et al, 2014).

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde está assegurada como um direito de todos. O artigo 196 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.99).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas sociais de saúde no sistema prisional do Brasil têm três marcos fundamentais: A LEP, o PNSSP e a PNAISP, os quais serão abordados abaixo após a revisão de literatura sobre o surgimento do SUS e como ele está ligado às políticas.

3.2.1 Sistema Único de Saúde

A política de saúde brasileira é marcada pela segmentação desde seu início. Durante anos a assistência à saúde foi baseada na previdência social, ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, construídos em torno de categoriais profissionais. Entretanto, com esse modelo, a saúde não era vinculada ao direito de cidadania, mas sim ao contrato de trabalho formal, tendo o seguro como sua característica a meritocracia (MENICUCCI, 2014).

No ano de 1986, com a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde, houve a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual propôs um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral e foi marco da reforma sanitária brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O então movimento sanitário tinha proposições concretas, como: a saúde como direito de todo cidadão independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador; as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações preventivas e/ou curativas e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema; a descentralização da gestão; e o controle social das ações de saúde (FIOCRUZ, ESNP 2017).

O SUS foi então criado pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 relativas à participação da população nos serviços. A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, refere-se aos princípios e às diretrizes do SUS. Segundo esse aparato jurídico, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) (PONTES et al, 2009).

Com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, não havia mais sentido a população prisional não ter os mesmos direitos de saúde que a população livre, visto que seus direitos civis são mantidos durante a pena por eles recebida. Posteriormente foi então criado o PNSSP.

3.2.2 Lei de Execuções Penais

O sistema prisional brasileiro atual é baseado em duas peças: o Código Penal (CP) e a LEP. O código penal foi definido pelo Decreto Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 e leis posteriores e dispõe sobre a aplicação da lei penal. Ele tem relação intrínseca com a LEP nº 7.210 de 11 de julho de 1984 destina (SCHMITT, et al, 2014).

Um importante referencial para organização dos sistemas de execução de penas e tratamento dos presos no mundo são as *Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros*, adotadas pelo 1º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, que ocorreu em Genebra em 1955. Elas trouxeram como um dos principais objetivos garantir que não haja discriminação de qualquer espécie, seja por origem, raça, cor, sexo, língua, religião, etc. (FIGUEIREDO, 2016). Este referencial foi quem abriu precedentes para a criação da LEP no Brasil.

De acordo com Lermen et al. (2015), apesar de o CP prever a garantia da manutenção dos direitos sociais à estas pessoas, foi a partir da LEP que surgiram leis que visam regular os direitos e deveres desta população, tendo como foco a reintegração social, para preparar a pessoa para voltar ao convívio com a sociedade de forma que ela não cometa mais os mesmos delitos. Para que este objetivo seja alcançado, estas pessoas devem então ter sua dignidade preservada e para que isso ocorra, a LEP traz como direitos previstos a assistência jurídica, a educacional, a social, a religiosa e de saúde.

A LEP em seu artigo 14 preconiza que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984). Os quatro principais objetivos da Lei são: a garantia de bem-estar do condenado; a necessidade de classificação do indivíduo e a individualização da pena; a assistência necessária dentro do cárcere; e os deveres de disciplina durante o cumprimento da pena (SCHMITT, et al, 2014).

Essa legislação criada diz assegurar o atendimento em saúde a toda a população prisional, seja ela provisória ou apenada. Quando o estabelecimento prisional não estiver preparado para prover a assistência necessária, esta deverá ser prestada em outro local, como por exemplo hospitais ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo necessária para isso a autorização da direção do estabelecimento (LERMEN et al, 2015).

Lermen et al (2015) afirma que apesar da existência da lei, tal garantia ocorre no plano jurídico, mas não necessariamente no cenário prisional, pois apesar de parecer uma lei criada visando inclusive a saúde, ela era de interesse e responsabilidade da segurança pública. Devido

ao não cumprimento efetivo dos direitos garantidos na LEP, em 2003, com base nos princípios e diretrizes do SUS (inclusive o da universalidade), foi criado o PNSSP (BRASIL, 2005).

3.2.3 Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Com as iniciativas anteriores os apenados possuíam direitos e deveres assegurados juridicamente, porém, em 2003 foi criado o PNSSP, com o objetivo de efetivar o que já estava previsto na lei: as ações e serviços de saúde (KÖLLING; SILVA; SÁ, 2013). O Plano contempla, essencialmente, a população que está em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos (HCTPs), não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (BRASIL, 2005).

Após a LEP já haviam ações de saúde no sistema penitenciário, porém, por meio do incentivo financeiro do governo utilizado em melhorias e o começo da distribuição de kit de medicamento de atenção básica, com a implementação do PNSSP houve o acesso efetivo da saúde.

Brasil (2005, p. 64) traz como diretrizes estratégicas do Plano os seguintes itens:

Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; e estimular o efetivo exercício do controle social

O Plano prevê que as unidades prisionais com mais de 100, e até 500 presos, deve conter como equipe técnica mínima: médico, enfermeiro, odontologista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Todos devem cumprir carga horária de 20 horas semanais. Já os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas. Os profissionais designados para atuarem nestes estabelecimentos, com pelo menos um atendimento semanal, podem atendê-los na rede pública de saúde (BRASIL, 2005).

Essas equipes inseridas no sistema penitenciário têm como atribuições fundamentais realizar o planejamento das ações em saúde, fazer de fato a promoção da saúde e a vigilância desta, e realizar trabalhos interdisciplinar em equipe (BRASIL, 2005).

Segundo Schmitt et al (2013), o PNSSP teve em seu melhor momento o alcance de 35% da população prisional, oferecendo um elenco limitado de serviços com qualidade precária. Os

problemas de gestão começaram a surgir em meados de 2009, onde o Plano foi duramente criticado por haver falhas na assistência farmacêutica e por não abranger ações específicas para a população idosa privada de liberdade. Schmitt et al (2014, p. 19) traz as principais dificuldades encontradas pelo plano:

financiamento insuficiente; lógicas diferenciadas de atenção entre as instituições de segurança pública e as de saúde; ausência de carreira profissional e dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional; falhas de atendimento e dificuldades de acesso à rede; e uso incipiente dos sistemas de informação em saúde.

Devido aos problemas citados acima, e também à baixa articulação entre os serviços de atenção primária existentes nas prisões e os demais serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (o que demonstrou fragmentação e não continuidade dos cuidados e ações, o PNSSP deixou de ser um plano efetivo, indicando então a necessidade da implementação de uma nova política (SCHULTZ, 2017).

3.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Após avaliar por aproximadamente dez anos o PNSSP, o Ministério da Saúde chegou à conclusão que o modelo não era efetivo por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, todos os setores carcerários, não sendo restrito somente às prisões, incluindo delegacias e distritos policiais, e presos em regime aberto ou provisório (BRASIL, 2017).

Para que as ações de saúde fossem ampliadas para a população privada de liberdade e para que cada unidade de saúde prisional passasse a ser considerada ponto de atenção da RAS, em 2 de janeiro de 2014, instituída pela Portaria interministerial nº 1, o Ministério da Saúde criou a PNAISP (BRASIL, 2017). Nem todos os estados aderiram à Política, porém, o Estado de Santa Catarina aderiu ao PNAISP em 12 de setembro de 2014.

Com essa política, as unidades de saúde prisional se tornaram ponto de atenção da RAS do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos dessa Rede no território. Cada unidade prisional do itinerário carcerário, sejam elas delegacias de polícia, cadeias públicas, penitenciárias, presídios colônias agrícolas ou agroindustriais ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, deverá contar com uma UBS de Saúde Prisional. Caso não haja ambiência na unidade prisional, a Unidade Básica de Saúde do território poderá se responsabilizar por essas ações (BRASIL, 2013).

A integração à RAS do território deve contar, por exemplo, com o acesso às redes de atenção especializada, hospitalar, urgência e redes temáticas fora do sistema prisional em caso de necessidade (BRASIL, 2013). De acordo com Schmitt et al (2014), as RAS são uma forma criada para que a universalidade, equidade e integralidade do SUS seja proporcionada de forma integral à população. As RAS são compostas por cinco elementos:

- Centro de comunicação – atenção primária à saúde (APS);
- Pontos de atenção à saúde secundários e terciários – Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais;
- Sistemas de apoio – centros de diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde;
- Sistemas logísticos – cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde;
- Sistema de governança.

Quando se trata de PPL a atenção à saúde exige um trabalho com muito mais articulação política e organização entre as organizações. Com a RAS a Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), se necessário, pode contar com um grupo de agentes de saúde, educadores populares em saúde e todos os atuais e futuros programas do SUS (SCHMITT et al, 2014). O elemento da RAS que será trabalhado neste trabalho será a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Brasil (2013) mostra que a RUE foi instituída em julho de 2011, quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600 na reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Ela deve ser composta por:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde - UBSs);
- Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU);
- Sala de estabilização;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas;
- Enfermarias de retaguarda e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs);
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas;
- Atenção domiciliar.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que viabilizou obter respostas ao objetivo proposto no estudo. A pesquisa qualitativa do tipo exploratória é utilizada quando o tema ainda é pouco explorado e visa esclarecer e proporcionar maior familiaridade com o problema. A pesquisa qualitativa do tipo descritiva objetiva a descrição das características referentes a uma determinada população ou fenômeno (GIL, 2008).

A pesquisa exploratória tem como objetivo tornar o problema familiar, torná-lo mais explícito e, com base nisso, a construção de hipóteses. O seu planejamento é flexível e geralmente envolve: levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2008).

Já a pesquisa descritiva busca descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no HU/UFSC, o qual deu início às suas atividades assistenciais em 1980 e desde então atende exclusivamente usuários do SUS, sendo referência no estado de Santa Catarina, além de ser o único hospital federal do estado.

Ele conta com um corpo clínico multidisciplinar em diversas áreas para assegurar atendimento das especialidades que vão do nível ambulatorial ao hospitalar (HU, 2017). Em março de 2016 a UFSC assinou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), onde então o HU passou a ser administrado em uma ação em conjunta entre a universidade e a Ebserh. Esta última é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação criada em 2011 com a finalidade de modernizar a gestão da estrutura administrativa, que passou a contar em seu organograma com a Superintendência e três gerências: de ensino e pesquisa, atenção à saúde e administrativa, que compõe o colegiado executivo (HU, 2017).

A instituição tem dois objetivos que guiam o atendimento, os quais me influenciaram na escolha do cenário de estudo, sendo eles: Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam; e prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária (HU, 2017).

O serviço de emergência, assim como todas as unidades de internação do hospital, adota como metodologia assistencial de enfermagem o Processo de Enfermagem (PE) com base no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta. O setor atende os pacientes, por livre demanda, que são encaminhados pelo Corpo de Bombeiros, UBSs, UPAs, SAMU, Polícia Militar, ambulatórios, penitenciárias entre outros. A área é dividida em três áreas de assistência: Acolhimento com Classificação de Risco, Serviço de Emergência Interno (SEI) e Repouso, porém, atualmente com a falta de recursos e a superlotação não só da emergência, mas dos outros setores, o espaço também é utilizado como internação por pacientes que aguardam leito em outras unidades.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO (OU POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO)

Foram convidados a participar do estudo enfermeiros atuantes no setor da emergência do HU/UFSC. O quadro de funcionários dessa unidade é composto de 16 profissionais enfermeiros, incluindo residentes de 1º e 2º ano.

Para a delimitação da amostra utilizou-se como critério de inclusão: profissionais enfermeiros, estar em exercício pleno das funções no período da coleta de dados e trabalhar há pelo menos um ano na área de emergência. Os critérios de exclusão foram: enfermeiro em período de licença ou outro afastamento no período da coleta de dados.

Por tratar-se de uma investigação de cunho qualitativo, cuja pretensão vai além da quantificação, a representatividade estatística dos sujeitos participantes não foi necessária (MINAYO, 2010). No entanto, foi adotado o processo de amostragem por saturação teórica, no qual se interrompe a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais desprendidos a partir do campo de observação (CELLARD et al, 2008). Deste modo, a população de estudo foi composta por 10 profissionais de enfermagem

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista semiestruturada (Apêndice A), gravadas em aparelho celular e transcritas integralmente, no período de julho a agosto de 2018.

A primeira abordagem se deu em um encontro com a enfermeira chefe da unidade de emergência para explicar a pesquisa. Após isso, a mesma apresentou o trabalho aos enfermeiros da unidade e fez o convite para participação dos mesmos através do grupo de trabalho do aplicativo WhatsApp®. Em seguida, no decorrer dos meses da coleta, fui até a unidade nos três

turnos convidar pessoalmente e entrevistar os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local e horário mais apropriado aos profissionais, em ambiente reservado, privativo e sem interferência de situações externas.

As entrevistas semiestruturadas são usadas quando os pesquisadores possuem questões amplas que precisam ser abordadas durante as entrevistas. Os entrevistadores usam um roteiro para garantir que todas as áreas serão contempladas e sua função é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos listados (POLIT; BECK, 2011). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora após a assinatura do TCLE e o tempo máximo registrado foi de 30 minutos. Os enfermeiros entrevistados foram nomeados como: “E1, E2, E3...”, para preservar as suas respectivas identidades.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011) é um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Bardin (2011) a análise de conteúdo deve obedecer a três fases, sendo elas:

- *Pré-análise:* Após a leitura flutuante e exaustiva de todo o material, as entrevistas foram reunidas pela ordem de realização, e resultaram em uma pré-tabela no formato Excel que resultou nas seguintes categorias e subcategorias.

Tabela 1. Pré-tabela da primeira etapa da análise do conteúdo.

	CATEGORIAS	
SUBCATEGORIAS	ATENDIMENTO	CONHECIMENTO
	Alocar em local diferente dos demais pacientes	Falta de preparo teórico e prático na formação
	Segurança	Sobre conhecer ou desconhecer alguma política pública de saúde voltada às PPL.
	Referência e contra referência	--
	(Des)Igualdade no tratamento	--

	Sentimentos positivos ou negativos	--
--	------------------------------------	----

Fonte: Própria.

Após observação da mesma, pude perceber que as categorias eram muitas e já estavam analisando as respostas, então optei por trocar as categorias por eixos, e as perguntas da entrevista tornaram-se categorias (Tabela 2).

Tabela 2. Pré-tabela 2 da primeira etapa da análise do conteúdo.

	EIXOS	
CATEGORIAS	ASSISTÊNCIA	CONHECIMENTO
	Aqui no HU você já prestou atendimento pra PPL? Se não, como você prestaria atendimento à essas pessoas? Se sim, esse atendimento teve alguma especificidade? Você sente algum desconforto ao realizar atendimento para essa população? Se sim, qual?	Você teve algum preparo teórico para realizar atendimento às PPL? Se sim, de que forma?
	Como você acha que o atendimento às PPL deve ser realizado?	Você conhece alguma Política Pública de Saúde voltada para essa população? Se sim, qual?
	Como você percebe a atenção às urgências para PPL na Rede de Atenção à Saúde?	--

Fonte: Própria.

Para finalizar categorização do material revisei novamente o material formado e extrai a essência das categorias formadas e as tornando-a mais objetiva, conforme a tabela 3.

Tabela 3. Tabela final com os eixos e categorias elaborados na etapa de análise do conteúdo.

	EIXOS	
CATEGORIAS	ASSISTÊNCIA	CONHECIMENTO
	Percepção da assistência prestada no serviço de emergência do HU/UFSC	Conhecimento teórico que subsidie a assistência prestada às PPL
	Compreensão da assistência a ser prestada	Conhecimento de Políticas Públicas específicas

	Percepção da assistência na Rede de Atenção à Saúde	--
--	---	----

Fonte: Própria.

- *Exploração do material:* Foi feita uma análise detalhada das entrevistas, relacionando os depoimentos com mesmo sentido aos respectivos eixos/categorias;
- *Tratamento dos resultados:* Durante a interpretação dos dados foi necessário voltar com atenção à revisão de literatura pois ela deu o embasamento e as perspectivas significativas para a análise crítica do estudo, além de dar sentido à interpretação.

Foi realizada então a leitura dos conteúdos das entrevistas detalhadamente e exaustivamente assinalando as unidades de análises escolhidas que representem o conteúdo analisado em razão de suas particularidades comuns. A organização, armazenamento e análise dos dados se deu por meio de categorização em um banco de dados informatizado (Microsoft Excel®).

4.6 CUIDADOS ÉTICOS (OU ASPECTOS ÉTICOS)

O projeto foi aprovado na instituição do município (Anexo A) e no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 68934417.1.0000.0121 em 10/07/2018 (Anexo B), sob parecer nº 2.165.113. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Esta pesquisa não envolve ressarcimento financeiro e a adesão a ela é por livre e espontânea vontade. Os participantes que desejaram colaborar com a mesma, tiveram seu anonimato garantido, visto que os questionários foram identificados através de códigos, sem qualquer relação ou associação ao participante da pesquisa.

Esta pesquisa não acarretou riscos de natureza física aos participantes, no entanto por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas houve a possibilidade mobilização emocional relacionada à reflexão sobre a teoria e prática, como desconfortos psicológicos, modificações nas emoções, estresse e culpa. Caso julgasse necessário, o participante pode se negar ou desistir de participar da pesquisa.

Foram dispensadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa (Apêndice B).

Se o participante tiver algum prejuízo decorrente da pesquisa material ou imaterial, tem garantia de ser ressarcido integralmente, de acordo com a lei vigente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de um manuscrito, seguindo a normativa para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. O manuscrito foi intitulado “Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade na emergência de um hospital escola”

5.1 MANUSCRITO

ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA EMERGÊNCIA A PARTIR DO DISCURSO DOS ENFERMEIROS

Jéssica Mendes Rocha ¹

Elza Berger S. Coelho ²

Sheila Rubia Lindner ³

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2018). Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: jessicamendesr@gmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: elzacoelho@gmail.com

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: sheila.lindner@ufsc.br

RESUMO

O estudo objetivou compreender a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade na emergência a partir do discurso dos enfermeiros, relacionando a assistência ao conhecimento prévio dessa prática assistencial específica, e identificando as suas fragilidades e potencialidades. Pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva, realizada no Hospital Universitário do município de Florianópolis. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada e a coleta realizada em agosto de 2018. A amostra foi composta por 10 enfermeiros, onde destes 9 eram do sexo feminino e 1 do masculino. Os profissionais referem conhecimento sobre os princípios e diretrizes do atendimento no Serviço Único de Saúde, porém, em sua maioria, desconhecem as políticas públicas voltadas às pessoas de liberdade, o que pode ser um dos fatores que os leva a prestar assistência a esse público de forma diferenciada. Além disso, o medo, receio de fugas, e os pré-julgamentos fazem com que haja conflito ético-moral no momento do cuidado, mesmo que de forma não planejada. Como o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, faz-se necessário investir em mais pesquisas sobre a saúde no âmbito prisional, a implementação desse cuidado nos

currículos de enfermagem do país e a destinação de recursos em unidades que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde para a capacitação destes profissionais.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Saúde no sistema prisional. Enfermagem. Pessoa privada de liberdade. Políticas Públicas de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de junho de 2014, traz que entre 2004 e 2014 houve um crescimento de 111% da população prisional, que hoje atinge índice superior a 710.000 pessoas, incluindo aquelas em prisão domiciliar. Esta população está em 3º lugar no ranking de países com maior população prisional, ficando atrás apenas de Estados Unidos (2.228.424 pessoas) e China (1.701.344) (BRASIL, 2014).

A função do sistema prisional é proteger a sociedade contra ações que ferem a constituição, garantido que quando a pessoa é inserida nesse sistema ela seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva novamente para a sociedade. Para que isso ocorra é preciso trabalhar para que haja a redução das diferenças entre a vida dentro e fora do sistema prisional, garantido ao mesmo tempo que o indivíduo tenha acesso aos seus direitos civis (BRASIL, 2005).

Pessoas privadas de liberdade (PPL), apesar de não estarem aptas, por um determinado período de tempo, a conviver em sociedade, continuam a manter um status mínimo de cidadania, e por isso, o acesso à saúde deve ser garantido por lei (SCHMITT, et al, 2014).

As três principais políticas que serão abordadas neste estudo serão: a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e, não poderia faltar aqui, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pioneira na garantia dos direitos à saúde nos estabelecimentos prisionais, surge 1984 a LEP, que descreve os direitos e deveres das PPL para com o Estado e a sociedade. Ela é considerada atualmente como uma lei bastante avançada por estabelecer normas e direitos sociais, principalmente quanto à ressocialização da pessoa privada de liberdade (SCHMITT, et al, 2014).

A Lei, em seu artigo 14, preconiza que "a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico", tanto para os presos de caráter provisório ou apenados (BRASIL, 1984, p. 3). Apesar de as garantias previstas pela LEP serem efetivas no plano jurídico, nem sempre são efetivas dentro do cenário prisional. Essa fragilidade fez com que, em 2003, houvesse a

necessidade da organização de novas ações e serviços de saúde no sistema penitenciário. Surgiu então o PNSSP (LERMEN et al, 2015).

Nos anos anteriores a 2013 houve também aumento das taxas de prevalência de infecção por HIV/AIDS, tuberculose, hepatites e outras doenças no sistema penitenciário nacional, o que também foi um motivo para a criação do PNSSP, já que estas estavam relacionadas às condições de pouca higiene e insalubridade encontradas na maioria das unidades prisionais do país (SCHMITT, et al, 2014).

Apesar da implementação dessa nova política, houve fortalecimento do SUS em âmbito nacional, o que fez com que surgisse uma nova política em 2014, a PNAISP, a qual visa destacar ainda mais alguns dos princípios e diretrizes do SUS como a integralidade e equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos a que a política se destina (SCHMITT, et al, 2014). Essa política passa então a ser parte das políticas do SUS, inclusive no que diz respeito aos repasses financeiros para as instituições públicas nacionais.

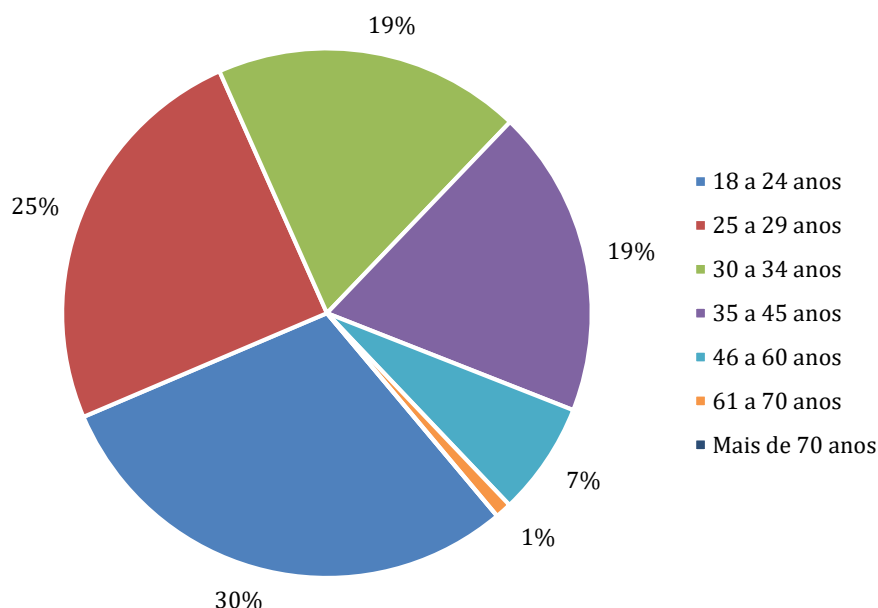
A tabela 4 apresenta o panorama geral da população prisional brasileira registrada em 30/06/2016 em 1.422 unidades prisionais, segundo levantamento realizado semestralmente pelo Departamento Penitenciário Nacional:

Tabela 4. Perfil geral da população privada de liberdade em junho de 2016

BRASIL – JUNHO DE 2016	
População Prisional	726.712
Homens	665.482
Mulheres	42.355
Sem informação	36.765

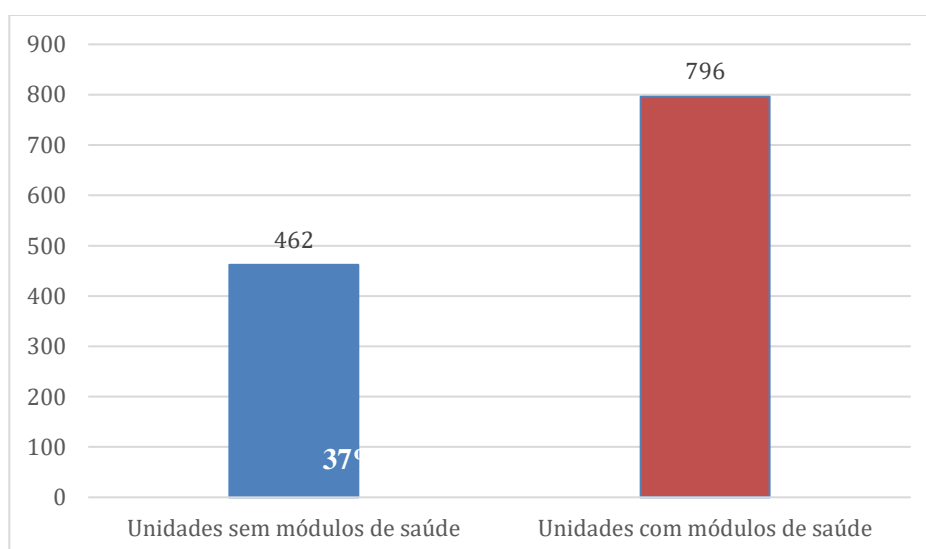
Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016)

A população total é representada em sua maioria por homens (91,5%), e pessoas entre 18 e 29 anos (30%).

Gráfico 1. Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Brasil

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016).

A partir da implantação do PNAISP, toda unidade prisional habilitada pelo SUS passou a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade. As equipes de saúde no sistema prisional hoje ocupam pouco mais de 37% das unidades com módulos de saúde, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2. Infraestrutura das unidades básicas de saúde prisional

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016)

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao

uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito destas instituições (BRASIL, 2005).

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva (BRASIL, 2005).

Ainda apresentando os dados epidemiológicos, na tabela 5 temos as principais doenças registradas no primeiro semestre de 2016 nas unidades prisionais do Brasil, doenças essas que tornam os indivíduos propensos a outros agravos secundários.

Tabela 5. Principais agravos transmissíveis no sistema prisional brasileiro no 1º semestre de 2016

AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS – 1º SEMESTRE DE 2016	
HIV	7.347
Sífilis	3.823
Hepatite	2.453
Tuberculose	5.444
Outros	3.693

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – InfoPen (2016)

A escolha pelo tema surgiu durante os estágios realizados ao longo do meu processo de formação acadêmica no curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde durante alguns semestres presenciei e auxiliei nos atendimentos à essa população específica repetidas vezes. Frente à essa assistência surgiram inquietações e questionamentos, os quais criaram essa pesquisa que tem como objetivo compreender a percepção do enfermeiro na assistência às PPL na emergência do HU/UFSC a partir do seu discurso.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que viabilizou o objetivo proposto, visto que este tipo de abordagem possibilita a obtenção de dados acerca do fenômeno estudado.

O cenário da pesquisa foi a Emergência Adulta, de um hospital escola no sul do Brasil, com enfermeiros do setor e que estão lotados em local de atendimento externo de emergência à população-alvo do estudo. A escolha por essa instituição se deu pelo fato de ser um hospital

escola referência em atendimento à essa população no município; por ser um hospital escola que oferece condições estruturais para a formação acadêmica; e por possuir profissionais que tendem a ser acolhedores com os graduandos.

Participaram do estudo dez enfermeiros atuantes no setor da emergência do HU/UFSC, incluindo dois enfermeiros residentes do 2º ano, e adotou-se o processo de amostragem por saturação teórica. Como critério de inclusão, considerou-se: profissionais enfermeiros, estar em exercício pleno das funções no período da coleta de dados e trabalhar há pelo menos um ano da área de emergência. Os critérios de exclusão foram: enfermeiro em período de licença ou outro afastamento no período da coleta de dados.

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados sob a ótica da Análise de Conteúdo, segundo Bardin.

O questionário foi composto das seguintes perguntas norteadoras: *“Você é enfermeiro há quanto tempo?”*, *“Você trabalha há quanto tempo na emergência?”*, *“Desse tempo, quanto foi em hospital universitário?”*, *“Aqui no HU você já prestou cuidados para pessoas privadas de liberdade?”*, *“Se não, como você prestaria o atendimento à essas pessoas?”*, *“Se sim, esse atendimento teve alguma especificidade? Você sente algum desconforto ao realizar atendimento para essa população? Se sim, qual?”*, *“você teve algum preparo teórico para realizar atendimento a pessoas privadas de liberdade? Se sim, de que forma?”*, *“Como você acha que o atendimento às pessoas privadas de liberdade deve ser realizado?”*, *“Você conhece alguma Política Pública de Saúde voltada para essa população? Se sim, qual?”*, e *“Como você percebe a atenção às urgências para pessoas privadas de liberdade na rede de Atenção à saúde?”*.

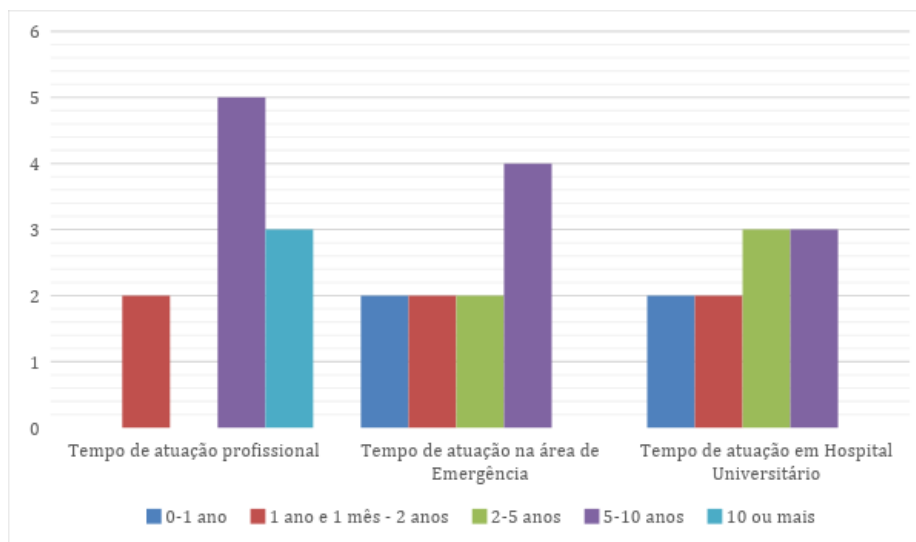
O presente estudo seguiu as instruções da resolução nº466/2012 (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina, segundo parecer CAAE nº 8934417.1.0000.012. Seguindo o sigilo recomendado, para garantir o anonimato dos entrevistados utilizou-se as siglas E1, E2, e assim por diante, para identificar as falas dos enfermeiros.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Participaram deste estudo 10 enfermeiros de um total de 16 lotados no setor. Destes, 9 mulheres e 1 homem. O tempo de atuação profissional que prevaleceu entre os entrevistados foi entre 5 a 10 anos, sendo representado por 50% da amostra. O tempo de atuação em hospital universitário de 30% da amostra foi de 2 a 5 anos, e outros 30% entre 5 a 10 anos. Na área da

emergência, o tempo de atuação prevalente foi entre 5 a 10 anos, representado por 40% dos entrevistados.

Gráfico 3. Tempo de atuação profissional, especializada e com ênfase em hospital universitário dos profissionais entrevistados.



Fonte: Própria.

O processo de análise resultou em dois eixos (Assistência e Conhecimento) e cinco categorias, que serão exemplificadas e discutidas com algumas opiniões dos profissionais: percepção da assistência prestada no serviço de emergência do HU/UFSC; compreensão da assistência a ser prestada; percepção da assistência na RAS; conhecimento teórico que subsidie a assistência prestada às PPL; conhecimento de políticas públicas específicas.

EIXO CONHECIMENTO: CONHECIMENTO TEÓRICO QUE SUBSIDIE A ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Nesta categoria percebeu-se que nenhum dos entrevistados estudou durante a graduação ou mesmo em cursos extracurriculares sobre a temática. Apesar de a assistência sobre a clínica prestada ao paciente ter o mesmo referencial teórico e prático aprendido na graduação, a abordagem para essa população tem alguns diferenciais e pode-se perceber que essa lacuna acaba exigindo que os profissionais desenvolvam esse preparo de forma individual, sem conhecimento prévio de teorias a respeito, como se vê na fala a seguir:

Não, preparo a gente não tem. Quando vê, todos os dias você tá recebendo situações diferentes que você não foi preparado e tem que saber lidar com aqui ali. Preparo não. (E9)

Um dos entrevistados traz no seu discurso a negativa de conhecimento teórico prévio, mas conhecimento prático que auxiliou no desenvolvimento das suas estratégias individuais para lidar com a lacuna da falta de teoria:

Não, teórico não. Na faculdade meu último estágio da graduação foi no Hospital Nereu Ramos. Lá tem muito paciente detento lá (...) E eu acho que isso me preparou um pouco pra cá, mas essa foi uma especificidade que eu tive que os meus colegas não tiveram assim, né? (E1)

A grande maioria das universidades brasileiras de enfermagem forma os profissionais para serem enfermeiros generalistas com as habilidades necessárias para identificar, avaliar e agir em situações de saúde com o cuidado necessário ao indivíduo, famílias e comunidade, com um conhecimento técnico crítico científico, reflexivo e humanístico. O atendimento à população do estudo exige habilidades que não são requeridas para a conclusão da graduação em Enfermagem, como as necessárias para se trabalhar em áreas específicas como o sistema prisional, bem como as habilidades para um atendimento, por exemplo, em um hospital geral que pode vir a receber essa população: estar familiarizado com o cenário, o tipo de população e saber como interagir com os presos e ter um conhecimento básico sobre as regras gerais para o atendimento com segurança para o profissional (SÁNCHEZ-ROIG; COLL-CÁMARA, 2016).

Os currículos de graduação em enfermagem, no geral, ainda não possuem esse atendimento específico em sua grade, porém, cabe lembrar que somente em 2014, com a PNAISP, a população prisional foi inserida formalmente dentro do SUS, sendo ainda muito recente e a adesão municipal dessa política é ainda facultativa. Contudo, o atendimento seguindo os princípios e diretrizes do SUS já faz parte da graduação brasileira em enfermagem e deve ser seguido pelo profissional em toda a sua prática assistencial.

Analisando as falas dos entrevistados, é clara a falta de preparo para lidar com as situações que envolvem esta população. Cabe, portanto, às instituições de saúde que fazem parte da RAS o investimento e oferta em educação permanente em saúde para os seus profissionais.

EIXO CONHECIMENTO: CONHECIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS

Esta categoria está intrinsecamente ligada à anterior, porém, o conhecimento ou não das políticas de saúde não se resume à graduação, visto que se houver interesse por parte do profissional, ele pode buscar as informações desejadas. Apesar disso, cinco entrevistados responderam que apesar de saberem que existe, responderam não ter conhecimento de alguma específica.

Não. Eu nunca vi. Eu sei que existe, mas confesso que nunca estudei ela não. (...). Eu fui saber na verdade agora que tem um curso aberto aqui na UFSC, no UNA-SUS. Eu fui ver ali, só que eu não cheguei a ler e nem fazer o curso. (E1)

O Estado de Santa Catarina aderiu ao PNAISP em 2014, cabendo então ao gestor Estadual da Secretaria Estadual de Saúde, dentre outras, a responsabilidade:

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de recursos humanos para a saúde, consoante a esta Política Nacional;
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;
- Estimular a cooperação entre prefeituras e assessorar e apoiar a organização de consórcios municipais de saúde destinados à formação, capacitação, regulação e gestão de recursos humanos para a saúde;
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta Política, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Apesar de a formação em uma determinada área ser de interesse pessoal, o HU faz parte da RAS e é referência para o atendimento às PPL no município. Segundo Brasil (2003), apesar de a CF de 1988, no seu artigo 200, atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação de que dispõe o Sistema, neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não têm sido utilizados em sua totalidade

Brasil (2003) ainda afirma que no plano acadêmico, a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais estabelecidos pelo SUS e na prática exerce significativa influência no ordenamento futuro dos profissionais da saúde.

Ainda segundo Brasil (2003), embora esse Sistema constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, tal situação só mais recentemente vem criando impacto no ensino da área, seja ensino técnico, de graduação ou de pós-graduação, o que mostra que a gestão das políticas públicas estão muito mais avançadas do que as ordenações para os recursos humanos, fazendo com que a capacitação dos profissionais não siga o mesmo ritmo que as políticas criadas e gerenciadas.

As políticas e leis que regem todo o atendimento à essa população encontram-se hoje disponíveis gratuitamente de forma on-line e o acesso à internet é facilitado pelas instituições

de ensino. Essas leituras poderiam ser incluídas como leituras complementares na graduação a fim de ampliar a visão de direitos e deveres tanto da PPL como do enfermeiro, em caso de assistência durante a vida profissional.

Apenas um dos entrevistados conseguiu descrever resumidamente um pouco de uma das políticas, conforme a fala a seguir:

Política de saúde... política de atenção à saúde das PPL (...) pelo que eu andei lendo tenta inserir essas políticas também na prisão, pra ter esse atendimento também na prisão. Aí tem a equipe de saúde das PPL (...) aí as estratégias são da mesma forma como se fosse numa residência, aí contempla essa área também. (E3)

Outra fala interessante é a que, além de trazer a negativa do conhecimento sobre as políticas, tem ligação com a categoria anterior, que mostra que não se ouviu falar sobre o assunto nem ao menos em aulas de políticas, as quais fazem parte do currículo da graduação.

Não é nem citado dentro das aulas de política, né? Então acho que existe e ponto, porque tá no papel, mas a aplicabilidade dela é outra realidade. (...) Eu tive sobre idoso, sobre criança, sobre neonato, sobre urgência e emergência, tudo, menos esse tipo de situação. PPL não. (E4)

Para a implementação de um Plano de Ação é necessário realizar o diagnóstico situacional do local onde ele será implementado. O município estudado é adepto da PNAISP e conta com uma penitenciária estadual o que teoricamente significa que a gestão do estado deveria incluir em suas ações a integração das PPL na RAS.

A Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014, que institui normas de operacionalização da PNAISP, estabelece que as unidades prisionais devem ofertar os serviços de atenção básica, sendo que os demais serviços devem ser prestados pela RAS, o que inclui hospitais gerais nas proximidades da Penitenciária que necessitar de atendimento (BRASIL, 2014).

O HU é referência no atendimento à essa população e por uma instituição financiada pelo SUS, obtém repasses públicos que em parte são destinados ao setor de recursos humanos. Estes, como mostrado na discussão acima, deveriam oferecer capacitações aos seus profissionais que devem estar aptos e seguros para atender a todo o seu público, o que inclui as PPL.

Portanto, o desafio é sair de um modelo de privação de liberdade que se limita a reconhecer parcialmente o direito à saúde, apresentando acesso insuficiente em razão da escassa responsabilidade sanitária assumida pelo SUS nos territórios onde existem prisões, além da cultura de exclusão dos sujeitos e do subfinanciamento do setor.

EIXO ASSISTÊNCIA: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HU/UFSC

Dos dez entrevistados, oito profissionais prestaram atendimento no setor de emergência às PPL. Apesar de estarem privados de sua liberdade, os reclusos mantêm assegurados os demais direitos, dentre eles, o direito à saúde. O que se observa é que, o Estado não consegue cumprir o determinado na Lei de Execuções Penais, e consequentemente, os indivíduos reclusos têm sua saúde debilitada devido às péssimas condições de higiene e saúde ofertadas. Como a PNAISP é facultativa, muitos presídios não oferecem a equipe mínima para atendimento à saúde quando necessário, aumentando a frequência de necessidade de transporte de reclusos para tratamento externo.

Sabendo que a equidade é um dos princípios trazidos pelo SUS, Granja, Zoboli e Fracolli (2013) mostram que o sentido de equidade se concentra em duas vertentes: (a) tratar todos de forma igualitária, preponderando a ideia da igualdade e da universalidade do acesso, e (b) tratar os desiguais de forma desigual, assertiva desdobrada em duas outras: (b1) priorizando os mais necessitados, segundo a condição socioeconômica e (b2): priorizando grupos específicos, segundo critérios de risco.

Em uma das falas é possível observar que o tratamento é diferenciado já na chegada dos pacientes no setor juntamente com a equipe de segurança:

A gente procura colocar eles pra dentro independente da gravidade, até porque geralmente eles vêm acompanhados de policiais armados, e causa um pouco de alvoroço ali na frente. A gente procura deixar eles aqui mais pra dentro (...). (E1)

O transporte é feito somente em casos de urgência e faz-se necessário a escolta policial e disponibilidade de agentes penitenciários durante toda a permanência do recluso na unidade básica ou hospitalar externa. Essa escolta armada gera visível desconforto nos profissionais, que entendem ser para a sua segurança, mas que traz tensão inclusive para os outros pacientes da unidade.

Um ponto que chama a atenção é a alocação do paciente recluso em local estratégico e diferenciado dos demais. Leal e Lopes (2005) trazem que a prioridade de atendimento ambulatorial decorre em não expor os demais pacientes ao risco de violência entre reclusos e policiais, já que este último se mantém munido de forte armamento. Então ao chegar, o recluso é rapidamente alocado e percebe-se que, devido ao esquema de segurança, há a distribuição diferenciada dessas pessoas no setor para a assistência:

(...) e até manter longe de todos os outros pacientes, não por medo de ele fazer alguma coisa, mas os outros pacientes a gente percebe que ficam bem desconfortáveis. (E1)

(...)porque a gente não costuma deixar eles muito na parte interna da emergência, quando possível (...) aí a gente procura deixar eles mais perto da entrada da emergência, por exemplo no consultório da translúcida que fica mais próximo. Pra não expor todo mundo ao risco se por acaso fosse ocorrer algum resgate dele, né? (E3)

Então querendo ou não tu tem um pré-julgamento e tu imagina que seja alguma coisa mais grave porque se fosse algo mais tranquilo eles não pediriam tanta dedicação de excluir, ou... de excluir mesmo, ou de deixar essa pessoa mais de escanteio, digamos assim, dentro do hospital. (E4)

Já teve vezes que nos solicitaram deixar o paciente isolado, um pouco mais afastado, por ser alta periculosidade ou coisas assim. (E7)

As falas acima também trazem um pouco sobre o receio de fugas, o que não se restringe somente a isso, mas ao receio no geral por não saber o que se esperar do atendimento em si. Tanto reclusos quanto profissionais compartilham sentimentos que podem favorecer ou prejudicar o cuidado, dentre tais sentimentos, o medo que os profissionais sentem durante o atendimento a este público, que por ser algo próprio do ser humano, acontece independente do querer.

Em relação à descrição do trabalho de enfermagem exercido na realidade fora da penitenciária, pude perceber nas falas dos profissionais que o desempenho das ações do profissional de enfermagem tende a ir ao encontro das habilidades e competências próprias da profissão, mas acabam se contradizendo divergindo da diretriz de igualdade prevista pelo SUS:

Assim, é um pouco mais complicado pra gente porque normalmente eles ficam restritos na maca, com marca-passo, algemas, então a gente depende muito do agente prisional pra conseguir prestar o cuidado e nem sempre eles ficam, às vezes eles ficam dando voltinha. Já aconteceu de vir e não trazer a chave da algema... então tem algumas coisas nesse sentido, de dificuldade do cuidado nesse sentido. (E9)

(...) mas a gente costuma não atender sem ninguém junto ou colocar ele em algum consultório, alguma coisa pra ele ficar mais reservado. E até manter longe de todos os outros pacientes, não por medo de ele fazer alguma coisa, mas os outros pacientes a gente percebe que ficam bem desconfortáveis. (E1)

Dos dez entrevistados, dois trouxeram em seu discurso que em algumas vezes ocorre a desconfiança quanto à veracidade da queixa clínica do paciente:

(...) porque tem aquela questão que não sabe se realmente ele tá passando mal, tá com alguma queixa fidedigna ou se é alguma coisa planejada de tentar uma fuga, por exemplo. (E10)

(...) então a gente fica pensando se ele realmente tá doente ou se realmente ele quis sair do presídio por algum motivo. Às vezes ele pode estar com alguma rixa lá dentro, com medo de morrer, ou querendo ser resgatado. E o hospital é um pouco mais fácil do que dentro do presídio, então a gente sempre fica com um pouco de receio de atender esse tipo de paciente. (E5)

A fala do E8 que traz que o atendimento deve ser “*Sem discriminação e o atendimento de forma igualitária, humanizado*”, se repete em outras palavras nas falas dos outros 9 entrevistados, mostrando que há contradição no atendimento prestado e em como percebem que deveria ser o atendimento.

Em contraste com a discussão acima, o E1 traz que “*(...) a gente percebe que eles respeitam bastante o profissional de saúde.*”, o que também é afirmado por Eugênio (2012), o qual argumenta que reclusos mantêm o respeito, pois veem na equipe de enfermagem profissionais envolvidos na preservação da saúde.

Analisando as falas deste eixo fica claro que os profissionais têm conhecimento da política de humanização que rege o SUS, tanto quando os seus princípios e diretrizes, e que se esforçam para colocar a teoria de atendimento em prática, mas as vezes são barrados pela burocracia do sistema penitenciário ou até mesmo suas próprias restrições morais.

EIXO ASSISTÊNCIA: COMPREENSÃO DA ASSISTÊNCIA A SER PRESTADA

Apesar de os enfermeiros saberem que devem se posicionar como aqueles que prestam cuidados independente da natureza daquele que se encontra sob seus cuidados, ou seja, livre de julgamentos, há um choque de valores éticos e morais, que ao meu ver, estão ligados à insegurança, medo e à falta de capacitação para esse tipo de atendimento, fazendo com que haja sim pré-julgamentos e mudanças no comportamento do profissional:

(...) eu acho que ainda existe muito preconceito ainda com a pessoa. Muitas vezes eu prefiro nem saber o que aquela pessoa fez porque querendo ou não a gente julga e até faz diferente do nosso habitual. (E1)

Então querendo ou não eu não sei o que a pessoa cometeu pra estar ali, entende? Então querendo ou não tu tem um pré-julgamento e tu imagina que seja alguma coisa mais grave. (E4)

Olha, a gente tá aqui não é pra julgar ninguém, então tem que ser feito o que precisa ser feito, independente do que ele tenha feito. Claro que se a gente fica sabendo é complicado não julgar, então melhor não saber. Mas, se tá aqui a gente tem que atender do mesmo jeito que atende um paciente que não seja um preso. (E5)

Na verdade quando a gente atende esse tipo de paciente a gente tenta dar um pouquinho mais de agilidade no atendimento pra poder fazer o desfecho, se vai precisar ficar ou se não, pra ser liberado logo pra não ficar...porque se não fica ruim pra eles e pra gente por que não sabe bem da situação, né? (E10)

A sociedade desconhece a realidade das penitenciárias e através dos meios de comunicação, os quais fornecem uma visão coletiva e generalista sem considerar suas particularidades, construiu uma opinião negativa alimentada pelo estigma e preconceito. Logo, o profissional que se enquadra nessa descrição acima, ao entrar em contato com o recluso, tende a sentir receio pelo peso dos estigmas que esta população carrega consigo (PINTO; HIRDES, 2006).

Outro ponto trazido é que, apesar de relatarem desconforto com a presença de policiais e agentes penitenciários no atendimento ao recluso, acreditam que a presença dos mesmos deve fazer parte da assistência como medida de segurança.

Eu acho que igual a todo mundo, assim, só que a gente tem que ter esse cuidado de ter o agente prisional. (...) a gente depende muito do agente prisional pra conseguir prestar o cuidado. (E9)

(...)o agente penitenciário junto pra não ter nenhum risco mesmo, né? (E3)

Brasil (2014) traz em sua Política que uma das responsabilidades dos Estados, por meio da Secretaria Estadual de Justiça, e também da Administração da Penitenciária de origem, é garantir o transporte em boas condições sanitárias e a escolta em tempo integral para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno e conforme a gravidade.

A questão da igualdade, apesar de em alguns momentos se contradizer, quando questionado aos entrevistados a forma como eles acreditam que a assistência deve ser prestada, foi a resposta mais obtida, descrita de maneiras diferentes:

(...) como de qualquer outro paciente. Ele vai chegar, se precisar de reanimação, vai pra reanimação. Se não precisar vai pra sala de

medicação, se precisar ser isolado vai pro isolamento, corriqueiramente como fazemos com qualquer outro paciente. (E10)

Olha, eu acho que não tem que segregar. É um paciente como qualquer outro, tem dor como qualquer outro, até porque tem pessoas que não são privadas da liberdade e podem ter feito coisas erradas e a gente não sabe da vida delas, né? A gente não sabe da história de ninguém basicamente. Então não dá pra julgar aquele que foi preso e aquele que não foi preso. (E7)

Eu acredito que não tem que ter diferença nenhuma do modo como eu atenderia qualquer outro paciente. (...) Não tem que ter diferença, tenho que tratar da mesma maneira, tenho que ter os mesmos cuidados éticos, os mesmos cuidados de precaução padrão, de contato... eu acho que não deve haver diferença nenhuma. (E6)

(...) se tá aqui a gente tem que atender do mesmo jeito que atende um paciente que não seja um preso. (E5)

(...) Eu acho que deve ser realizado na rede básica, de acordo com a especificidade e a queixa de cada paciente. (E3)

Os discursos acima confirmam que, apesar de algumas vezes ocorrer contradição entre o saber e o fazer, os profissionais conhecem e acreditam em seu íntimo que devem assistir à essa população seguindo os princípios que regem o SUS: universalização, equidade e igualdade (BRASIL, 2005).

EIXO ASSISTÊNCIA: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A PNAISP ao ser elaborada fez com que as unidades prisionais passassem a serem “ponto de atenção” da RAS, e determinou que os serviços dentro das penitenciárias devem ser compostos por uma equipe de atenção básica prisional, permitindo que a população que ali vive, mediante regulação do SUS, tenha acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade (BRASIL, 2014).

Segundo Brasil (2013), para que recebam incentivo de custeio diferenciado, sejam consideradas qualificadas e façam parte da RAS, a instituição hospitalar de referência deve seguir alguns requisitos, sendo um deles: realizar o contra referenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência. Através das falas dos profissionais, entendi que não há um entendimento igual sobre referência e contra referência: *Assim, eu acho que ainda existe muito preconceito ainda com a pessoa. (E1)*

(...) o atendimento é normal, atendem normalmente. (E2)

Eles têm o atendimento prévio pela equipe na penitenciária, aí eles já encaminham, fazem contato quando há necessidade de um serviço de emergência. Então a gente sempre recebe eles referenciados. Eles vêm pra cá com o transporte da penitencia, geralmente é assim, e aí a gente recebe como se fosse uma referência e contra referência, da atenção básica pra atenção especializada. (E3)

A fala acima, do profissional E3, afirma que houve referenciamento, porém, através da fala dos outros entrevistados, pude perceber que o que o profissional acima quis dizer é que a penitenciária, em alguns casos, faz um contato prévio com o setor de emergência para avisar que está enviando um recluso para atendimento, mas que além de isso não ser regra, não há contra referenciamento após a assistência prestada.

Olha, de maneira geral eu só vejo o atendimento deles aqui, eu sei que existe um serviço de saúde dentro do presídio (...). Normalmente eles são trazidos pelos agentes prisionais ou policiais, não por profissional de saúde. Normalmente eles vêm já com atendimento prévio do profissional que trabalha lá ou alguma coisa assim. Fora isso não vejo interação da rede. (E9)

Eles às vezes vêm com uma ficha, mas só se tiver. E ele vai de alta, com o papel de alta e é isso. (E10)

O apoio matricial dos serviços especializados (especialidades médicas, fisioterapia, nutrição, saúde mental etc.), dos serviços de emergência, de internação hospitalar e da vigilância em saúde é imprescindível para que haja resolutividade da maioria dos casos na Atenção Primária, em particular da Atenção Básica no âmbito do sistema prisional (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS (Humaniza SUS) foi criada em 2003 com o intuito de incluir a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Seu objetivo é buscar a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

(...) o atendimento é normal, atendem normalmente. (E2)

Como a gente tá inserido no sistema hospitalar a gente faz o nosso trabalho aqui. (E4)

O acolhimento humanizado faz parte do SUS, consequentemente, da RAS e do atendimento no local onde a pesquisa foi realizada. Segundo a UFSC (2015), a PNH considera acolhimento um processo constitutivo das práticas de saúde que implica:

- a responsabilização do trabalhador/da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída;
- a escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, ouvindo a queixa dos usuários, considerando suas preocupações e angústias;
- a garantia de atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/da articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e das redes externas com outros serviços de saúde, (continuidade da assistência).

Assim, eu acho que ainda existe muito preconceito ainda com a pessoa. (E1)

Eu acho que é frágil (A RAS). Eu acho que não existe, e quando ela é necessária eu acho que a gente enquanto equipe fica muito com o pé atrás. Como eu falei, a gente tem um pré-conceito. (E4)

Bom, minha experiência é aqui na emergência, não sei se eles chegam a ser atendidos em posto de saúde, não sei como que é, se eles vão pra consulta no posto de saúde, mas quando eles estão presos e precisam de atendimento eles vêm e são atendidos prioritariamente aqui, não ficam esperando. (E5)

Assim eles mandam trazer muito pra cá pela proximidade, então a gente recebe bastante presidiário. Eu já ouvi relato deles de dificuldade de atendimento, de sair de lá pra ser atendido. Não sei como funciona exatamente lá. (E7)

(...) é que a gente não sabe como que funciona lá dentro, como que eles destinam. A gente só sabe que eles chegam aqui, não sei como que funciona. (E5)

O direito à saúde privilegia a liberdade quando é associado a direito individual. Por outro lado, nos aspectos sociais o direito à saúde privilegia a igualdade. Assim, a garantia de direito à saúde põe em questão o frágil equilíbrio entre liberdade e igualdade. Neste sentido, a PNAISP é um profundo exercício de protagonizar as mudanças na qualificação e na humanização da atenção à saúde no sistema prisional, tanto na dimensão dos poderes públicos como na iniciativa de profissionais de saúde (UFSC, 2015).

UFSC (2015) ainda traz que no contexto do sistema prisional, inclusive no atendimento extramuros, a fragilidade causada por inúmeros fatores, dentre os quais podemos destacar o próprio imperativo da sanção penal, cuja aplicação reveste-se da cultura periculosista, as

tensões e os riscos (sanitários, de conflitos internos, ameaças, fugas etc.) do próprio ambiente, além do afastamento da rede social, requerem uma atenção ainda maior da equipe ao recluso que chega para atendimento hospitalar. A existência de equipes de referência, se efetiva, favorece a construção de corresponsabilização entre trabalhadores, usuários e contribui na ressocialização do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a assistência à saúde de PPL à partir do discurso do enfermeiro da emergência hospitalar, apesar de ser entendida como uma obrigação profissional e humana, ao analisar e refletir sobre os relatos obtidos ainda existem conflitos internos entre os profissionais: conflitos entre o saber como deve ser realizado o atendimento e as restrições morais individuais.

Entre as fragilidades observadas no estudo, destaca-se a carência de conhecimento teórico sobre as políticas voltadas à essa população (incluindo os seus direitos), e a não capacitação profissional ofertada pelas instituições que fazem parte da RAS. Além disso, inclui-se como fragilidades observadas o pré-julgamento sobre o motivo da condenação penal do indivíduo, o medo de tentativas de fugas, agressões e até mesmo desconfiar da veracidade clínica das queixas do recluso, alegando que o mesmo poderia estar criando uma situação de necessidade de atendimento à saúde para sair do ambiente prisional e, por motivos pessoais, adentrar uma unidade hospitalar.

Dentre as potencialidades cabe citar que todos os profissionais entrevistados têm conhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem o atendimento no SUS, incluindo a igualdade, integralidade, universalidade e equidade, e, apesar de suas restrições individuais, referem tentar colocar esse conhecimento em prática.

Uma limitação da temática foi o número escasso de publicações, o que mostra a necessidade de novas produções sobre o tema, e não apenas relacionadas às questões clínicas, mas também sobre os sentimentos e percepções dos profissionais ao lidarem com o indivíduo privado de liberdade em seu cotidiano.

O Brasil possuir a 3ª maior população carcerária do mundo é uma justificativa para que haja a introdução da saúde penitenciária no projeto pedagógico das universidades com formação na área de saúde, e também, para que se destine os recursos necessários para capacitações profissionais em hospitais e unidades que façam parte da RAS, conforme preconizado nas políticas de repasse de verbas para a saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984. Disponível em: Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-norma-1984-pl.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Ministério da Justiça (MJ). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN 2016**. Brasília: MJ; 2017.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)**. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 18 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. **PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (folder)**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 10 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 31 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. 2014. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Brasília: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas - Dmf, 2014. 17 slides, color. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 10 set. 2017.

EUGÊNIO, M. R. (2012). **A práxis do profissional enfermeiro no sistema penitenciário**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Cascavel, Faculdade Assis Gurgacz- FAG. - Gil, A.C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 12, p.3759-3764, dez. 2013.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU). Ministério da Educação. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/ UFSC. **Regimento Interno**. 2015. 17 p. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento_Interno_HU_aprovado_no_Conselho_Direto_r.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.419-431, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000200020>.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, Set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2017.

PINTO, Guaraci; HIRDES, Alice. O Processo de institucionalização de detentos: Perspectivas de Reabilitação e Inserção Social. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.678-683, dez. 2006.

SÁNCHEZ-ROIG, M.; COLL-CÁMARA, A.. Prison nursing and its training. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Barcelona, v. 18, n. 3, p.110-118, jun. 2016.

SCHMITT, Helen Bruggemann Buhn et al. **Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de Liberdade**. Apostila do Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. **Acolhimento e humanização nas práticas de gestão e atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade**. Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Marta Verdi; Maria Claudia Souza Matias; Carlos Alberto Severo Garcia Júnior — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 66 p.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é uma profissão de amplas atividades, não podendo ser entendida apenas pela capacidade técnica, mas sim também pelos valores profissionais que criamos ao longo de nossa trajetória profissional. Este estudo me possibilitou compreender que assistir à saúde de PPL a partir do discurso do enfermeiro da emergência hospitalar, apesar de ser entendida como uma obrigação profissional e humana, ao analisar e refletir sobre os relatos obtidos ainda existem conflitos internos entre os profissionais: conflitos entre o saber como deve ser realizado o atendimento e as restrições morais individuais.

Entre as fragilidades observadas no estudo, destaca-se a carência de conhecimento teórico sobre as políticas voltadas à essa população (incluindo os seus direitos), e a não capacitação profissional ofertada pelas instituições que fazem parte da RAS. Além disso, inclui-se como fragilidades observadas o pré-julgamento sobre o motivo da condenação penal do indivíduo, o medo de tentativas de fugas, agressões e até mesmo desconfiar da veracidade clínica das queixas do recluso, alegando que o mesmo poderia estar criando uma situação de necessidade de atendimento à saúde para sair do ambiente prisional e, por motivos pessoais, adentrar uma unidade hospitalar.

A enfermagem é uma das profissões com maior destaque, senão a mais importante, em toda a RAS, pois é capaz de acompanhar, supervisionar e aplicar os princípios de universalidade, equidade e integralidade de forma clara e concisa. Para um sistema de referência e contra referência funcionar é necessário muito mais que estabelecimento de fluxos e informações, sendo que, assume preponderância os processos educativos das equipes, a difusão de conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde e, para isso, a instrumentalização nos processos de saúde torna-se essencial, inclusive no sistema prisional.

Dentre as potencialidades cabe citar que todos os profissionais entrevistados têm conhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem o atendimento no SUS, incluindo a igualdade, integralidade, universalidade e equidade, e, apesar de suas restrições individuais, referem tentar colocar esse conhecimento em prática.

No entanto, este cuidar perpassa por dificuldades, como medo e estigmas sociais, que não discutidos em sala de aula durante a graduação e em capacitações ofertadas pelos Recursos Humanos da instituição em que se trabalha, pode interferir e transparecer quando em contato com o apenado durante a assistência, portanto, se percebe uma deficiência na formação acadêmica, visto que os dados epidemiológicos e as políticas públicas confirmam a necessidade do cuidado para esta parcela da população.

Uma limitação da temática foi o número escasso de publicações, o que mostra a necessidade de novas produções sobre o tema, e não apenas relacionadas às questões clínicas, mas também sobre os sentimentos e percepções dos profissionais ao lidarem com o indivíduo privado de liberdade em seu cotidiano.

O Brasil possuir a 3ª maior população carcerária do mundo é uma justificativa para que haja a introdução da saúde penitenciária no projeto pedagógico das universidades com formação na área de saúde, e também, para que se destine os recursos necessários para capacitações profissionais em hospitais e unidades que façam parte da RAS, conforme preconizado nas políticas de repasse de verbas para a saúde.

Portanto, conclui-se que o presente estudo traz a importância da necessidade de reformulação do cuidado à essa população no âmbito das unidades que fazem parte da RAS e também na formação acadêmica do curso de Enfermagem, para que os profissionais possam adquirir um perfil profissional em que se enfatize o pensamento crítico-reflexivo aplicado à uma assistência humanizada, baseada nos princípios éticos, respeitando as diferenças e visando acabar com atitudes preconceituosas.

Desta forma, será possível, aos profissionais, realizar uma assistência de maior qualidade, quando aprenderem a reconhecer seus recursos internos, sentimentos e valores frente às pessoas que cuidam, e isso refletirá no avanço do processo de ressocialização do indivíduo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984. Disponível em: Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7210-11-julho-1984-356938-norma-1984-pl.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Ministério da Justiça (MJ). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN 2016**. Brasília: MJ; 2017.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)**. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 18 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. **PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (folder)**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 10 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 31 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-das-pessoas-privadas-de-liberdade-no-sistema-prisional>. Acesso em: 19 out. 2017.

_____. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Brasília: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas - Dmf, 2014. 17 slides, color. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. **Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 11 de janeiro de 2012 que dispõem da aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 out 2017.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

EUGÊNIO, M. R. (2012). **A práxis do profissional enfermeiro no sistema penitenciário.** Monografia (Graduação em Enfermagem). Cascavel, Faculdade Assis Gurgacz- FAG. - Gil, A.C. (2008).

FIGUEIREDO, Railander Quintão de. **Relatório sobre estruturas e serviços de atenção básica para a atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional.** Brasília: Ministério da Justiça, 2016. 247 p.

FIOCRUZ, ESNP. Reforma Sanitária – Introdução. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>> Acesso em 17 out 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 12, p.3759-3764, dez. 2013.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU). Ministério da Educação. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/ UFSC. **Apresentação.** Disponível no site: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em 28 set. 2017.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Universidade Federal de Santa Catarina. **Regimento Interno.** Florianópolis: Ufsc, 2015. 17 p. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento_Interno_HU_aprovado_no_Conselho_Direto_r.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

KÖLLING, Gabrielle Jacobi; SILVA, Marinho Braga Batista; SÁ, Maria Célia Delduque Nogueira Pires de. O Direito à Saúde no Sistema Prisional. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Unb**, Brasília, v. 7, n. 1, p.281-297, 2013. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1304/1133>>. Acesso em: 18 out. 2017.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.419-431, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000200020>.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 905-924, Set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.77-92, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100077&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Cap. 1. p. 21-22.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Pública [online]. 1993, vol.9, n.3, pp. 237-248. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 28 set 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.15-36, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2017.

PINTO, Guaraci; HIRDES, Alice. O Processo de institucionalização de detentos: Perspectivas de Reabilitação e Inserção Social. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p.678-683, dez. 2006.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.500-507, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 02 out. 2017.

SAMPAIO, Maria Imaculada Cardoso. **Revisões da Literatura em Oficina de Férias**: Boletim Informativo. 2. ed. São Paulo: Biblioteca Ipusp, 2014. 7 p. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/BoletimInformativoAnoIVn.2.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

SÁNCHEZ-ROIG, M.; COLL-CÁMARA, A.. Prison nursing and its training. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Barcelona, v. 18, n. 3, p.110-118, jun. 2016.

SCHMITT, Helen Bruggemann Buhn et al. **Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de Liberdade**. Apostila do Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato et al. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 2, p.92-107, mai/ago 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15380/11898>>. Acesso em: 19 out. 2017.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.1-2, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. **Acolhimento e humanização nas práticas de gestão e atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade**. Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Marta Verdi; Maria Claudia Souza Matias; Carlos Alberto Severo Garcia Júnior — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 66 p

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em:<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf> . Acesso em: 01 out. 2017.

UNIDOS PELOS DIREITOS HUMANOS. **A brief history of Human Rights**. Los Angeles, EUA: 2014. Disponível em: <<http://www.humanrights.com/what-are-human-rights/brief-history/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Você é enfermeiro há quanto tempo?
- 2) Você trabalha há quanto tempo na emergência?
- 3) Desse tempo, quanto foi em hospital universitário?
- 4) Aqui no HU você já prestou cuidados para pessoas privadas de liberdade?
 - 4.1. Se não, como você prestaria o atendimento à essas pessoas?
 - 4.2. Se sim, esse atendimento teve alguma especificidade? Você sente algum desconforto ao realizar atendimento para essa população? Se sim, qual?
 - 4.3. Você teve algum preparo teórico para realizar atendimento a pessoas privadas de liberdade? Se sim, de que forma?
- 5) Como você acha que o atendimento às pessoas privadas de liberdade deve ser realizado?
- 6) Você conhece alguma Política Pública de Saúde voltada para essa população? Se sim, qual?
- 7) Como você percebe a atenção às urgências para pessoas privadas de liberdade na rede de Atenção à saúde?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que compõe o Trabalho de Conclusão de Curso sob a orientação da professora pesquisadora Dra. Sheila Rubia Lindner, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Acadêmica de Graduação em Enfermagem Jéssica Mendes Rocha, tendo como título **“O Cuidado de Enfermagem Fora dos Muros para Pessoas Privadas de Liberdade na emergência de um hospital escola”**. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo geral investigar como acontece a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade na emergência em um hospital universitário. Sua participação neste estudo se dará a partir de uma entrevista, previamente agendada com você e que será realizada a fim de identificar as fragilidades e potencialidades na atenção à saúde dessas pessoas, além de relacionar o conhecimento dos profissionais aos direitos à saúde das pessoas encarceradas. Será utilizado um gravador de áudio, para tanto, solicitamos sua autorização para este registro. O tempo previsto da entrevista é de aproximadamente 30 (trinta) minutos. Salientamos que não será fotografado nem filmado. A entrevista acontecerá em momento oportuno para que você não tenha prejuízo de suas atividades.

Garantimos que seguiremos todas as orientações da ética em pesquisa de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa não acarretará riscos de natureza física aos participantes, no entanto por se tratar de uma pesquisa que envolve coleta de dados por meio de entrevistas poderá haver mobilização emocional relacionada à reflexão sobre a teoria e prática, como desconfortos psicológicos, modificações nas emoções, estresse e culpa, no entanto, nesse ponto, o pesquisador realizará a condução da entrevista de modo a minimizar as consequências e preservando a integridade do participante. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará acompanhando por um dos pesquisadores, o qual lhe prestará assistência imediata e tirará todas as suas dúvidas, se necessário. Se você se sentir desconfortável em qualquer situação, não precisa responder a qualquer pergunta. Além disso você poderá desistir a qualquer instante, sem qualquer risco ou revelação do fato. Informamos que ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tema.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados obtidos na entrevista e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Esta pesquisa não envolve financiamento e sua participação é voluntária. Você pode retirar-se dela se assim o desejar, manifestando seu interesse através dos contatos que se seguem mais adiante neste termo.

As informações coletadas serão manuseadas somente pelos pesquisadores responsáveis, de forma alguma será exposta a outras pessoas. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação. Toda informação será mantida em sigilo de modo a garantir a sua privacidade em todas as fases da pesquisa ficando de posse dos

pesquisadores por um período de cinco anos ao fim dos quais os mesmos serão destruídos. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, contudo, caso aconteçam despesas não previstas e comprovadamente vinculadas a sua participação, estaremos dispostos a realizar o ressarcimento das mesmas. Igualmente informamos do seu direito a indenização caso haja danos a sua pessoa e que sejam comprovadamente vinculados a sua participação neste estudo, conforme determina a lei.

Se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, podemos conversar sobre ela agora ou você pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou a professora pesquisadora orientadora da pesquisa:

Professor Pesquisado Responsável: Prof^{ta} Dr^a. Sheila Rubia Lindner CPF: 004.298.069-06 Telefone: (48) 98836-1617 Endereço: Rodovia João Paulo, 820 – Florianópolis/SC CEP: 88030-300 E-mail: sheila.lindner@ufsc.br	Acadêmica Pesquisadora Responsável: Jéssica Mendes Rocha CPF: 373.890.528-64 Telefone: (48) 99692-6092 Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2008, apt. 404 bloco 10 CEP: 88034-102 E-mail: jessicamendesr@gmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UFSC – CEP SH UFSC Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis – CEP: 88040-400 Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401 Telefone: 3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br	

Eu, _____, R.G.

_____, residente à _____

_____, declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “ **Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade na emergência de um hospital escola**”. Estou ciente também de que estou recebendo uma via deste termo de consentimento assinada pelos pesquisadores.

Florianópolis, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador Responsável
Dr. Sheila Rubia Lindner

Assinatura da Pesquisadora
Jéssica Mendes Rocha

ANEXO A – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COM AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

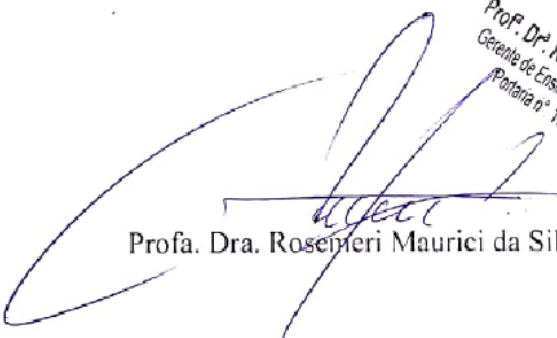


Prezados Srs. Pesquisadores,

Solicitamos que assim que seja emitido o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, uma cópia do mesmo seja entregue na secretaria da Direção Geral do Hospital Universitário, indicando o número do protocolo do projeto.

Lembramos que a coleta de dados somente deverá ser iniciada após o cumprimento desta prerrogativa.

Certa de sua compreensão, subscrevo-me.


Prof. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
Gerente de Ensino e Pesquisa do HU/UFSC
Portaria nº 1748/2016/EBSEH

ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.165.113

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/07/2017 17:01:44	Dayana Mayer	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.docx	28/06/2017 19:48:27	Dayana Mayer	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAdeANUENCIA17052017.pdf	23/05/2017 22:37:54	Dayana Mayer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Julho de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O trabalho de conclusão de curso da aluna Jéssica Mendes Rocha atendeu todos os requisitos da disciplina, com o cumprimento das etapas indicadas pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, evidenciando compromisso, dedicação e responsabilidade.

Esse trabalho buscou compreender a atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade na emergência de um hospital universitário a partir do discurso dos enfermeiros. A análise realizada por meio da análise de conteúdo se constituiu em primeiro momento um desafio, que foi muito bem superado pela acadêmica demonstrando um comprometimento e uma responsabilidade para com o seu trabalho e com a importância dos resultados que ela apresentou.

O manuscrito elaborado evidencia o compromisso com a construção do conhecimento, análise crítica e ótima aproximação com o método científico. Tem consistência teórica e metodológica além de uma relevância significativa para a atenção a saúde das pessoas privadas de liberdade. O manuscrito está bem escrito, sendo indicada sua publicação.

Destaco ainda o comprometimento de Jéssica em todas as etapas do projeto, enfatizando respeito e ética, promovendo a conclusão do trabalho com excelente qualidade.

Florianópolis, 19 de novembro de 2018.

Assinatura manuscrita em tinta azul, apresentando uma grafia cursiva e estilizada.

Profa. Dra. Sheila Rubia Lindner